N° 142.

# ESSAI

SUR

# LA PHYSIOLOGIE DE L'ESTOMAC,

## SUIVI DE QUELQUES PROPOSITIONS SUR LE DIAGNOSTIC DE LA GASTRITE ;

*Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 23 juillet 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;*

PAR F. CHAUMET, de la Sauve,

Département de la Gironde ;

Ex-sous-Aide-Major des hôpitaux d'instruction de Lille, du Val-de-Grâce; Chirurgien à l'hôpital militaire de la Garde royale ; Membre de la Société linnéenne de Bordeaux, etc.

La physiologie s'acquiert par l'observation des phénomènes de la vie ; par la comparaison des organes en santé et en maladie ; par des expériences faites et suivies avec soin sur des animaux vivans ; par le rapprochement, la combinaison des observations et des expériences avec le raisonnement. CHAUSSIER.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

## *Professeurs.*

| M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen. | Messieurs |
|---|---|
| Anatomie | CRUVEILHIER. |
| Physiologie | DUMÉRIL. |
| Chimie médicale | ORFILA. |
| Physique médicale | PELLETAN fils. |
| Histoire naturelle médicale | CLARION, *Examinateur.* |
| Pharmacologie | GUILBERT, *Président.* |
| Hygiène | ANDRAL. |
| Pathologie chirurgicale | MARJOLIN. ROUX. |
| Pathologie médicale | FIZEAU. FOUQUIER. |
| Opérations et appareils | RICHERAND, |
| Thérapeutique et matière médicale | ALIBERT, *Examinateur.* |
| Médecine légale | ADELON. |
| Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés | DESORMEAUX. |
| Clinique médicale | CAYOL. CHOMEL, *Examinateur.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Suppléant.* |
| Clinique chirurgicale | BOUGON. BOYER. DUPUYTREN. |
| Clinique d'accouchemens | DENEUX. |

## *Professeurs honoraires.*

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

## *Agrégés en exercice.*

| Messieurs | Messieurs |
|---|---|
| Arvers. | Gibert. |
| Baudelocq. | Kergaradec. |
| Bouvier, *Examinateur.* | Lisfranc. |
| Breschet, *Examinateur.* | Maisonabe. |
| Cloquet (Hippolyte). | Parent du Chatelet. |
| Cloquet (Jules). | Pavet de Courteille. |
| Dance. | Ratheau. |
| Devergie. | Richard. |
| Dubois. | Rochoux. |
| Gaultier de Claubry. | Rullier. |
| Gérardin, *Suppléant.* | Velpeau. |
| Gerdy. | |

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES

# DE MON PÈRE

# ET DE MA MÈRE.

A MON ONCLE ET A MA TANTE DEMPTOS,

MES MEILLEURS AMIS.

*Témoignage de mon éternelle reconnaissance pour les bontés dont ils n'ont cessé de me combler.*

A MONSIEUR DE LOMPUY, MON ONCLE,

ET A MADAME DE LOMPUY, MA TANTE.

*Reconnaissance et amitié.*

F. CHAUMET.

# ESSAI

SUR

# LA PHYSIOLOGIE DE L'ESTOMAC,

SUIVI DE QUELQUES PROPOSITIONS SUR LE DIAGNOSTIC DE LA GASTRITE.

Cette dissertation sera divisée en trois parties. Dans la première, je donnerai une description succincte de l'estomac; dans la seconde, je m'occuperai spécialement de son action dans la digestion; je présenterai ensuite quelques idées sur le vomissement, en cherchant surtout à établir la part qu'y prend cet organe; enfin, dans la troisième, je terminerai par quelques propositions sur le diagnostic de la gastrite aiguë.

## PREMIÈRE PARTIE.

### *Anatomie.*

L'estomac, premier renflement de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif, et qu'on a quelquefois appelé *organe principal de la*

*digestion*, est compris, chez l'homme, entre l'œsophage et le duodénum; occupant la région épigastrique, il remplit la plus grande partie de l'hypochondre gauche, d'où il se prolonge jusque dans l'hypochondre droit.

Cet organe sera spécialement examiné dans sa structure; les autres détails descriptifs sont trop connus pour que nous nous y arrêtions long-temps.

La grandeur de l'estomac varie infiniment. En général, chez l'adulte il a un pied de longueur depuis son bas-fond jusqu'au pylore, trois ou quatre pouces de hauteur, et autant d'avant en arrière quand il est distendu. Il a moins de capacité chez la femme que chez l'homme, où il est aussi un peu plus élevé, à cause du peu de développement de l'extrémité inférieure de son sternum.

Sa forme est celle d'un conoïde un peu recourbé sur lui-même, et légèrement déprimé d'avant en arrière. La petite extrémité au sommet du cône est à droite, et la base extrémité splénique, est à gauche.

La surface extérieure de l'estomac est communément partagée en deux faces; l'une, la plus étendue, antérieure lorsque le viscère est vide, devient presque supérieure quand il est distendu; l'autre, postérieure, qui est en même temps un peu inférieure, moins étendue que la précédente, est également plus aplatie et logée dans la cavité de l'épiploon, dont le repli inférieur s'oppose à sa dilatation, et l'empêche d'aller ainsi comprimer l'aorte et les gros vaisseaux situés au-dessous.

Quand le viscère est vide, les deux faces dont je viens de parler sont séparées par deux bords ou courbures plus ou moins tranchans, qui établissent entr'elles une ligne de démarcation bien nette; mais dans l'état de replétion elles se confondent l'une avec l'autre. Du reste, la totalité de la surface extérieure de cet organe est blanchâtre, lisse, polie, parsemée de vaisseaux sanguins, et continuellement humectée d'un fluide perspiratoire; tandis que la face interne présente l'aspect d'une surface inégale, d'un rose blanchâtre, qui varie dans quelques points de son étendue. On y observe aussi des rides nom-

breuses et irrégulières, transversales et longitudinales. Ces dernières se rassemblent sous forme de rayons vers les deux orifices.

Ces orifices sont distingués en *supérieur* et *inférieur*. Le *supérieur*, cardia ou œsophagien, est placé le long de la petite courbure, à peu près à la réunion du tiers gauche avec les deux droits, au niveau de l'un des corps des dernières vertèbres dorsales. Plus évasé que le pylore, il est un peu incliné en arrière, de sorte que l'œsophage, qui s'y insère immédiatement après avoir traversé le diaphragme, paraît, quoique perpendiculaire à la direction de l'estomac, faire, en ce lieu, avec le viscère, un angle aigu en arrière et obtus en avant. L'orifice *inférieur*, pylorique intestinal, établit la limite entre l'estomac et le duodénum. Ici la transition se fait d'une manière bien manifeste, au moyen d'une saillie, sorte de bourrelet circulaire qui constitue la valvule pylorique. Placé également en haut comme l'orifice cardia, mais sur un plan plus antérieur et plus inférieur, cet orifice est plus petit et moins long que le cardia. Un resserrement circulaire sensible à l'extérieur fait connaître le lieu qu'il occupe, tandis qu'en dedans il est limité, ainsi que je l'ai déjà dit, par la valvule pylorique. Celle-ci, sorte de bourrelet dermoïde, d'après M. *de Blainville*, est évidemment constituée par un repli des membranes muqueuse et musculeuse de l'estomac, embrassant, seulement en cet endroit, une espèce de tissu fibreux, d'un blanc grisâtre, et qui donne à cet anneau une résistance considérable.

L'estomac est maintenu dans la position qu'il occupe, d'abord par l'œsophage, ensuite par un ligament phrénico-gastrique, que je n'ai jamais pu voir. Il est uni au colon par le grand épiploon, et au foie par le petit.

Il entre dans la structure de l'estomac trois membranes superposées, unies par du tissu cellulaire, et soutenant un grand nombre de vaisseaux et de nerfs. L'une, la plus extérieure, péritonéale, de nature séreuse, revêt l'organe de tous côtés, à l'exception d'une étroite ceinture qui règne le long des grande et petite courbures, dans laquelle marchent les vaisseaux sanguins. La membrane charnue, muscu-

laire, a peu d'épaisseur, sous-jacente à la précédente ; elle est formée de trois ordres de fibres extrêmement pâles. Les unes sont longitudinales, continues aux fibres œsophagiennes, spécialement placées sur la grande et petite courbure. Les autres, circulaires, plus nombreuses, la plupart s'étendant seulement d'une courbure à l'autre, existent sur tous les points du ventricule, mais surtout au voisinage du pylore. Enfin, le troisième plan charnu comprend, d'après *Meckel*, des fibres à directions plus ou moins obliques, et s'entrelaçant avec les précédentes. Le plus grand nombre des anatomistes le décrivent sous le nom de *plan interne*, formé par deux sortes de bandes jetées en manière d'écharpes sur les côtés de l'orifice œsophagien. Dans la grande majorité des cas, j'ai trouvé que ces bandes musculeuses, loin de se porter du côté du pylore, comme on le dit dans les ouvrages d'anatomie, se contournaient autour de l'orifice œsophagien, de manière à y constituer un véritable sphincter. Cette disposition, très-manifeste chez le cheval, et qu'un commencement d'ébullition ou quelques jours de macération peuvent bien faire apercevoir chez l'homme, doit être prise en considération, surtout sous le rapport du mécanisme du vomissement. La membrane interne ou muqueuse est séparée de la musculeuse par un tissu cellulaire serré, blanchâtre, auquel quelques auteurs ont donné le nom, mais sans fondement, de *tunique-nerveuse*. Meckel lui a imposé celui de *tunique vasculeuse*. C'est tout simplement le tissu cellulaire sous-muqueux destiné à réunir les différens élémens du viscère. La muqueuse gastrique est molle, veloutée, d'un blanc rosé dans la moitié gauche ; elle devient plus grisâtre à mesure que l'on s'approche du pylore ; d'un tissu lâche, mais plus épaisse que la membrane correspondante de l'œsophage, et avec laquelle, d'après M. le professeur *Chaussier*, elle n'aurait aucune connexion. Il paraît cependant que cette interruption n'a lieu que pour l'épiderme muqueux, et que le derme se continue bien évidemment avec celui de l'œsophage. Quelques dissections que j'ai faites au sujet de cette dernière opinion, émise d'abord par le professeur *Béclard*, m'ont mis à même d'en confirmer la justesse. Cette muqueuse, qui se continue en

bas avec celle du duodénum, présente un grand nombre de replis arrondis, longitudinaux ou transverses, dont l'étendue et la saillie varient suivant l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac. Elle offre en outre un grand nombre de villosités et de follicules muqueux. Près du pylore, ces villosités sont plus nombreuses qu'ailleurs, excessivement fines, et ressemblent davantage à celles des intestins. On voit aussi à sa surface une multitude de légers enfoncemens et de petits orifices qui conduisent dans autant de glandes follicules muqueux, glandes de *Brünner*, qui abondent surtout dans la portion pylorique, et qui sont probablement les agens de sécrétion des fluides qui enduisent habituellement la surface interne de l'estomac, dont l'un a reçu le nom de *suc gastrique*.

De tous les viscères membraneux, l'estomac est celui qui reçoit le plus de vaisseaux. L'artère coronaire et le rameau pylorique de l'hépatique vont à sa petite courbure; la gastro-épiplooïque droite et gauche à la grande, tandis qu'à la grosse extrémité se rendent les vaisseaux courts, de manière à compléter le cercle artériel qui ceint le viscère. Les veines, à peu près disposées comme les artères, concourent à la formation de la veine-porte. Les nerfs de l'estomac émanent de deux sources : les uns directement de l'encéphale, ce sont les pneumo-gastriques, qui forment une sorte d'anneau autour de l'orifice cardia, et se répandent ensuite, l'un sur la face antérieure, l'autre sur la postérieure jusqu'à l'extrémité pylorique; les autres du trisplanchnique, suivent les artères dans leurs nombreuses ramifications. Les vaisseaux lymphatiques décrits par *Nuck*, *Monro* et *Sabatier*, y sont en grande quantité. Les ganglions de ce système sont placés spécialement sur le trajet des courbures.

# DEUXIÈME PARTIE.

## *Physiologie.*

Dans l'estomac s'opère la chymification, que quelques modernes, à l'instar de *Riolan*, désignent sous le nom de *chymose* : c'est une élaboration importante, pendant laquelle les alimens sont transformés en une substance homogène, pultacée, d'une couleur grisâtre, d'une fluidité visqueuse, d'une odeur particulière, et d'une saveur fade ou légèrement acide.

Il n'est aucun point de physiologie qui ait donné naissance à un aussi grand nombre d'hypothèses que cet acte de la digestion, et pourtant, il faut l'avouer, rien n'est encore moins satisfaisant que ce qu'on trouve dans les auteurs à cet égard. Un acte de la vie connu dans son essence autant qu'il nous est donné de le connaître, ne comporte, ce me semble, qu'une seule et même manière d'explication. D'où vient donc la diversité des théories émises pour expliquer les phénomènes de la chymification?..... C'est ainsi que les anciens, depuis Hippocrate, attribuaient la conversion des alimens en chyme, à une sorte de coction; tandis que *Plistonicus* et quelques autres ne virent dans cette transformation qu'un résultat de la putréfaction. *Érasistrate*, et les médecins iatromathématiciens du dix-septième siècle, tels que *Borelli*, *Hecquet*, s'étayant des oiseaux gallinacés, supposaient que l'estomac triturait les alimens; de leur côté, les médecins chimistes,

et en particulier *Sylvius de Leboë*, *Vieussens*, *Willis*, et une foule d'autres, admirent une espèce de fermentation; enfin, *Haller* considérant le long séjour des substances alimentaires dans l'estomac, quadruple des mammifères ruminans, avait émis l'hypothèse de la macération.

Je crois pouvoir me dispenser de donner ici le précis de chacune de ces théories; elles ont été suffisamment jugées. Espérons même que désormais elles ne se trouveront plus avec tant d'autres que dans l'histoire générale de la physiologie. Je ne discuterai pas non plus chacune d'elles; cet examen m'entraînerait beaucoup trop loin; je me contenterai de dire que chacune de ces explications, fondées sur quelques aperçus plus ou moins exacts, est néanmoins vicieuse et défectueuse. Vicieuses, puisqu'elles montrent le plus souvent la digestion stomacale comme une action physique, chimique ou mécanique, indépendante de la force vitale, et presque étrangère aux lois de l'organisme; défectueuses, puisque chacune n'admet qu'un moyen exclusif, tandis que la nature en emploie plusieurs.

De toutes les théories émises sur la cause prochaine de la chymose, celle qui l'attribue à une sorte de dissolution des alimens par le suc gastrique me paraît la plus voisine de la vérité. Il est même fort probable que cette théorie, fondée sur les expériences de *Réaumur* et de *Spallanzani*, répétées par *Gosse*, soit sur lui-même, soit sur des animaux, n'aurait éprouvé aucune controverse si ses auteurs eussent été moins exclusifs. MM. *Tiedemann* et *Gmelin*, qui viennent de la reproduire en Allemagne avec une nouvelle force, se gardent bien, tout en présentant la digestion stomacale comme une dissolution et une décomposition chimique, de lui ôter tout caractère physiologique; au contraire, ils établissent que la vie est d'une nécessité absolue à cette double action, puisque sans vie il ne peut y avoir formation de suc gastrique. Pour nous, au lieu de voir dans la chymification un acte simple comme on l'a présentée jusques dans ces dernières années, nous la croyons une opération organique des plus compliquées, qui a lieu par le concours de phénomènes physiques et chimiques, mais

que ceux qui y prennent la plus grande part sont essentiellement organiques et vitaux (1).

1°. *Phénomènes physiques.* Ici se rattachent ceux qui se passent dans le ventricule lui-même, et ceux qui surviennent dans les organes contigus. Au fur et à mesure que les alimens arrivent dans l'estomac, ils provoquent la dilatation de cet organe, qui acquiert bientôt une ampleur considérable; cette ampliation, quoiqu'en dise M. *Magendie*, n'est point passive comme celle qu'on peut produire dans le cadavre; elle est déterminée par les alimens. L'estomac s'applique à eux doucement par tous ses points, surtout si ces alimens conviennent à son mode de sensibilité; mais ce n'est qu'à l'instant où les gorgées arrivent dans sa cavité, qu'il leur laisse l'espace dont elles ont besoin. Les trois tuniques de cet organe se prêtent différemment à sa distension. La membrane séreuse laisse écarter ses lames, particulièrement l'antérieure, pour permettre à l'estomac de s'avancer en ce sens; la membrane musculeuse éprouve une véritable distension, et la muqueuse se déride plus ou moins complètement. C'est surtout en avant, à gauche et en haut que se fait la dilatation. La face antérieure du viscère devient supérieure, s'applique sur la surface inférieure du diaphragme et sur la face interne des fausses côtes; l'extrêmité gauche se porte vers la rate, tandis que la droite s'applique contre la surface inférieure du foie, comprime la vésicule biliaire, et concourt ainsi probablement à provoquer l'arrivée de la bile cystique dans le duodénum. C'est surtout en s'opposant à ces nouveaux rapports, que l'usage des corsets trop étroits nuit singulièrement à la santé des jeunes personnes. J'ai été témoin, un grand nombre de fois, d'in-

(1) Cette théorie, qui est certainement celle qui satisfait le mieux l'esprit, et dont, à quelques modifications près, j'ai reçu les premières notions à l'école de médecine de Bordeaux, est encore celle que professe M. *Gintrac*, anatomiste aussi distingué qu'excellent médecin, et de qui je me félicite beaucoup d'avoir été l'élève.

commodités provoquées, après le repas, par cette sorte de constriction circulaire. M. *Magendie* le premier a fait remarquer que pendant la réplétion, la cavité de l'organe est complètement close, parce que dans cet état ses deux extrêmités se trouvent contournées sur elles-mêmes. Cette disposition s'oppose au refoulement des alimens dans l'œsophage.

Par suite de l'ampliation de l'estomac, le diaphragme est légèrement porté vers le thorax, d'où résulte plus de gêne pour la respiration, la parole, le chant, etc. Les viscères renfermés dans l'abdomen sont plus pressés que dans l'état ordinaire; ainsi le foie, la rate, les intestins, et par suite la vessie, sont plus ou moins comprimés; mais bientôt l'estomac ne tarde pas à l'être à son tour, d'abord par la réaction des parois abdominales, puis par l'abaissement du diaphragme dans l'inspiration.

2°. *Phénomènes chimiques.* Ils comprennent la réaction des substances alimentaires, et de celles-ci sur les sucs stomachiques, et *vice versâ*. Nous ne savons rien de bien positif sur l'action chimique qui concourt à la transformation des alimens en chyme; malgré cela, je crois que l'on ne peut nier son existence; il suffit seulement de ne pas lui faire jouer le principal rôle, et d'admettre, avec *Dumas*, que les alimens éprouvent un commencement de fermentation dans l'estomac, mais que ce mouvement intestin n'aboutit qu'à activer l'action vitale de l'organe, en même temps qu'il dispose la masse alimentaire à son assimilation. Un fait fort curieux vient à l'appui de cette manière de voir. On sait que, chez les chevaux, c'est dans la caillette que s'opère essentiellement la chymification, et que c'est là aussi où l'on rencontre la plus grande quantité de matières acides.

Enfin le suc gastrique est regardé généralement comme l'un des dissolvans les plus actifs, excepté sur les substances qui jouissent de la vie, car il ne tourne point contre les parois des organes digestifs son activité dissolvante; les vers contenus dans l'estomac ne sont pas digérés; mais toutes les substances privées de la vie soumises à son

action sont plus ou moins rapidement attaquées. Les médecins chimistes pensent que c'est à la présence de l'eau et des acides acétique, hydrochlorique, et chez les chevaux et les ruminans à celle de l'acide butyrique, que ce liquide particulier doit sa propriété dissolvante.

3°. *Phenomènes vitaux.* Ce sont les plus nombreux et les plus remarquables; les uns sont locaux, les autres généraux ou sympathiques.

L'arrivée des alimens dans l'estomac est immédiatement suivie de l'augmentation de sécrétions et d'exhalations d'un fluide dont il vient d'être fait mention, connu sous le nom de *suc gastrique.* Ce fluide forme, autour de la masse alimentaire, une couche plus ou moins épaisse, qui bientôt la pénètre de toutes parts, en sépare les molécules et leur imprime un premier degré d'animalisation. Ce phénomène, essentiellement vital, a pu être facilement constaté sur la femme dont M. le professeur *Richerand* nous a transmis l'observation. On a pu voir aussi, dans cette circonstance, que le travail de sécrétion n'est jamais plus actif qu'au moment où les alimens sont reçus dans l'intérieur de l'organe.

La chaleur de l'estomac est notablement augmentée. Ce surcroît de chaleur, perçu dans quelques cas par la main appliquée à l'épigastre, peut être rapporté, d'abord à l'excitation normale des nerfs de l'organe, puis à l'arrivée d'une plus grande quantité de sang dans ses vaisseaux. En effet, il paraît parfaitement démontré pour moi que, l'estomac étant vide, peu de sang arrive dans sa substance contractée, tandis que le contraire doit avoir lieu dans l'état de distension du viscère, puisque l'extension de ses parois efface nécessairement les courbures des vaisseaux qui les parcourent, et que le foie et la rate, comprimés, reçoivent une moindre quantité de sang, qui forcément doit se porter vers le ventricule, dont le système vasculaire a déjà été préparé à le recevoir.

Enfin, la contractilité des parois de l'estomac est mise en jeu; elle

s'exerce particulièrement du cardia au pylore, sert à renouveler les surfaces de la masse alimentaire, en même temps qu'elle opère la séparation de la partie fluidifiée. Cette portion de la masse chymeuse, qui se trouve la plus animalisée, se rassemble à la surface et s'achemine vers le pylore, qui ne s'ouvre, dit-on, que pour elle, parce que seule elle est en rapport avec sa sensibilité particulière. Ces trois phénomènes, avec le concours des fluides salivaires et de ceux fournis par la surface perspiratoire que les alimens ont parcourue, sont incontestablement les principales causes de l'élaboration que le bol alimentaire subit dans l'estomac. Les alimens agissent sur lui, par leur poids et leur nature, en exaltent les propriétés vitales, et déterminent une espèce d'érection de toutes les villosités nerveuses et vasculaires. Alors cet organe dérive vers lui, opère une concentration des forces manifestement sentie par l'organisme tout entier; les autres organes, et sympathiquement toutes les autres fonctions, semblent être oubliés pendant l'accomplissement de celle dont il est le centre; aussi y a-t-il souvent des horripilations, un froid passager, somnolence, vitesse, et surtout concentration du pouls pendant cette période de la digestion. Cette corrélation physiologique de l'estomac avec les autres organes devient encore plus évidente dans certaines maladies. Le célèbre *Bordeu* avait déjà signalé la première espèce de sympathies, et M. *Broussais* a mis hors de doute l'existence de cette dernière. Personne n'ignore que l'étude, la méditation, les passions tristes suspendent la chymification; qu'elle est enchaînée par un bain, une saignée imprudente, une douleur très-vive, etc. Enfin, est-elle entièrement suspendue par la section des nerfs pneumogastriques? Nous répondrons à cette question dans un instant.

Lorsque les alimens ont été suffisamment chymifiés, ce qui n'a pas toujours lieu dans le même laps de temps, attendu que leur séjour dans l'estomac dépend effectivement de plusieurs circonstances dont il importe de tenir compte, il faut avoir égard, d'abord à la nature, à la quantité et à la préparation qu'ont subi les alimens avant d'être avalés, car s'ils ont été attendris par la macération, la coction,

et surtout s'ils ont reçu un certain degré d'assaisonnement propre à stimuler l'action de l'estomac, la digestion s'en fait avec plus de promptitude. Il paraît aussi incontestable que le mode de sensibilité du pylore, l'âge, le sexe, les climats, etc., sont autant de circonstances qui modifient singulièrement la durée de la conversion des alimens en une pâte chymeuse. Néanmoins, il est généralement reconnu que la chymification est presque toujours achevée au bout de quatre ou cinq heures, et que pendant ce temps l'estomac n'a cessé de se contracter, afin de diriger, par des mouvemens péristaltiques réguliers, les matières dont la consistance est convenable vers le pylore, qui doit leur livrer passage. A mesure que l'estomac se désemplit, que la chylification, ou, peut-être mieux, que la chymification se continue, en un mot, que la digestion s'accomplit, les phénomènes généraux qu'on avait primitivement remarqués cessent ; au spasme de la peau, aux horripilations succèdent une douce chaleur et le sentiment agréable d'un besoin satisfait; le pouls se développe et s'élève, la perspiration cutanée augmente, les sécrétions deviennent bientôt plus abondantes, et tous les organes peuvent puiser, dans un sang nouvellement enrichi, les élémens d'une nutrition plus active.

*De l'influence des pneumo-gastriques sur la chymification.*

La huitième paire est, de tous les nerfs, celui qui a été le sujet du plus grand nombre d'expériences. Laissant de côté celles qui ont été faites sur la phonation, la respiration et la circulation, j'arrive aux résultats de celles relatives à son action d'innervation sur le principal organe de la digestion.

*Baglivi* a le premier, je crois, expérimenté sur des chiens qu'en coupant les nerfs vagues à la partie inférieure du cou, ces animaux étaient tourmentés de convulsions, de nausées, refusaient toute espèce d'alimens, et succombaient au bout de peu de jours.

MM. *Dumas*, *Brodie* et *Provençal* ont vu, après cette section, la membrane muqueuse gastrique se dessécher, et les alimens restés dans le viscère ne pas se chymifier.

MM. *Dupuy*, d'Alfort, et *Wilson Philipp*, en Angleterre, ayant fait cette opération sur différens animaux, ont remarqué que les alimens qu'ils avaient fait prendre à l'instant de l'opération n'étaient nullement altérés.

*M. de Blainville* dit avoir constaté par un grand nombre d'expériences que la section de ces nerfs au bas du cou entraîne constamment la décomposition plus ou moins rapide des alimens contenus dans l'estomac à l'instant de l'opération. Il attribue ce phénomène à la paralysie des plans musculaires du viscère, d'où la masse chymeuse, n éprouvant plus ce mouvement de rotation que nous avons dit être si nécessaire au renouvellement des surfaces, ne tarde pas à éprouver une putréfaction manifeste.

Il y a peu de temps que je partageais encore cette dernière manière de voir, fondée d'ailleurs sur l'observation des plus habiles expérimentateurs, et sur quelques résultats que j'avais obtenus de plusieurs expériences. Mais de nouvelles recherches que j'ai faites tout récemment, m'ayant conduit à des résultats tout à fait opposés à ceux que l'on avait obtenus jusqu'à présent, me forcent à élever encore des doutes sur le rôle du pneumo-gastrique dans l'acte de la chymification. Ces résultats viennent corroborer ceux qu'obtinrent, il y a quelques années, à la vérité, dans le cas de section simple des nerfs, MM. *Brechet*, *Edwards* et *Vavasseur;* et que M. *Begin* et mon collègue *Cornuaux* renouvelèrent l'année dernière de la manière la plus heureuse. L'un des chiens sur lesquels ces messieurs opérèrent la section des deux nerfs avec perte de substance au cou, vécut trente-trois jours, sans qu'il survînt aucun changement remarquable dans la digestion. De tous ceux chez lesquels j'ai opéré cette section à la partie inférieure du cou, avec le plus grand soin, l'un, le plus vivace, a vécu quatorze jours, durant lesquels la chymification s'est continuellement accomplie.

Sur trois chiens auxquels j'ai fait, à l'exemple de MM. *Dupuytren* et *Magendie*, la section avec déperdition de substance des deux pneu-

mo-gastrique au-dessous du plexus pulmonaire, j'ai vu, sur un, après avoir enlevé une partie des parois abdominales, les mouvemens de l'estomac entièrement annihilés. Cependant celui des trois qui survécut trois jours à l'opération prit des alimens trente-six heures après avoir été opéré, et ils furent entièrement chymifiés. Dans aucun cas, soit de section au bas du cou, soit immédiatement au-dessus du diaphragme, je n'ai vu la membrane muqueuse gastrique rouge et aride, comme on dit l'avoir communément rencontrée. Ce fait est d'une extrême importance, et entièrement en faveur de l'opinion de M. de *Blainville*, qui met la sécrétion des sucs stomachiques sous la dépendance du trisplanchnique. J'avoue que cette opinion, qui est aussi celle de MM. *Leuret* et *Lassaigne*, me paraît pourvue de toute vraisemblance.

Néanmoins, quoique les chiens auxquels nous avons fait la section des nerfs vagues avec perte de substance aient vécu plus ou moins long-temps, je suis porté encore à croire, jusqu'à ce que de nouvelles expériences, que je me propose de faire à ce sujet, m'aient démontré le contraire, que l'influence de ces nerfs sur la digestion est d'une haute importance, puisqu'il est infiniment probable qu'ils président à la contractilité des fibres musculaires de l'estomac et à la sensation viscérale.

Maintenant, si l'on se demande la cause de la grande diversité des résultats d'expériences qui sont absolument les mêmes, on la trouvera dans les différentes espèces d'animaux sur lesquels on expérimente, dans les âges et les diverses conditions de ceux de la même espèce, enfin dans l'habileté à exécuter les opérations qu'elles nécessitent, et surtout dans l'omission d'une circonstance majeure à laquelle tous les expérimentateurs n'ont pas fait attention. Depuis que M. *Magendie* a démontré que la section des nerfs récurrens était suivie des plus grands troubles du côté de la respiration, par suite de l'occlusion de la glotte, que cette section provoque; il est évident que si l'on pratique préalablement la laryngotomie, ainsi que nous l'avons fait sur la majeure partie des chiens que nous avons opérés, les ré-

sultats seront tout différens de ceux qu'on obtiendrait si on omettait de le faire.

*Du vomissement.*

L'histoire du vomissement est l'un des points les plus intéressant des connaissances médicales, et je regrette de ne pouvoir donner à cette partie de mon travail l'étendue dont elle serait susceptible.

Le vomissement est sollicité par une foule de circonstances : comme par l'introduction dans l'économie animale de substances jouissant de propriétés vomitives; par différentes maladies, et particulièrement l'affection cancéreuse du pylore; par une hernie, ou tout autre espèce d'étranglement intestinal; enfin, on peut provoquer le vomissement en excitant mécaniquement la luette. Malgré le grand nombre de recherches, d'expériences et de raisonnemens dont le mécanisme du vomissement à été le sujet, les physiologistes ne l'envisagent pas tous encore de la même manière : les uns c'est, il est vrai, le plus petit nombre, pensent, comme l'avaient cru *Chirac, Bayle,* que l'estomac ne concourt pour rien à sa production. Cependant la majorité en adoptant l'ancienne théorie, croit, ainsi que l'avaient établi *Haller* et *Bichat*, que ce phénomène ne peut être attribué à l'action exclusive de l'estomac, mais qu'elle en est l'une des principales causes.

Il nous semble qu'il suffit de réfléchir à tout ce qui a été dit sur le mécanisme du vomissement, pour se convaincre que les agens chargés de l'accomplir sont extrêmement nombreux, et que l'on doit placer au premier rang la contraction active et presque convulsive des fibres musculaires de l'estomac, celle de l'œsophage et du pharynx, puis celle du diaphragme, et plus rarement celle des muscles de l'abdomen; enfin, l'oblitération plus ou moins complète de la glotte.

L'activité de l'estomac, dans l'acte du vomissement, peut être démontrée, je crois, de la manière suivante. Sans chercher à expliquer quelle est l'action des causes diverses qui donnent lieu à ce senti-

ment pénible qui précède le besoin de vomir, ni quel en est le siége précis, nous dirons qu'il se fait presque toujours sentir à l'estomac. Qu'il soit provoqué par la titillation de la luette, c'est encore cet organe qui, impressionné sympathiquement, se contracte le premier.

Le fait rapporté par M. *Lallemand*, dans lequel l'estomac ne rejetait que les substances qui ne lui convenaient pas, est également tout à fait démonstratif. De plus, on a vu des estomacs à parois entièrement squirrheuses, qui, ôtant à l'organe le pouvoir de se contracter, ne permettaient pas au vomissement de se produire. S'il est démontré que la section des pneumo-gastriques anéantit la contractilité de l'estomac, il serait curieux, dans le cas où cette supposition serait généralement vraie, d'expérimenter sur ces animaux, qui se trouveraient placés dans les mêmes conditions que le malade de *Lieutaud*, dont l'estomac paralytique ne pouvait, dit-on, éprouver cette sorte de convulsion nécessaire à l'accomplissement du vomissement ordinaire. Malgré ces faits, qui me paraissent déjà assez probans, M. *Magendie* persiste encore à nier l'activité de ce viscère; et il a fait à ce sujet un grand nombre d'expériences. L'une, la plus célèbre, qui consiste à substituer à l'estomac une vessie pleine d'eau, afin de prouver que les muscles abdominaux et le diaphragme sont les seuls agens du vomissement, est, sinon fautive, du moins inutile pour sa théorie; car, loin de nier l'activité de l'estomac, il me semble qu'elle prouve tout le contraire. En effet, de l'aveu de M. *Magendie* lui-même, jamais tout le liquide contenu dans l'estomac postiche n'est expulsé en entier; il en reste à peu près le tiers : or, on sait que, dans le cas de vomissement naturel, il ne reste absolument rien dans la cavité du ventricule; il a donc agi activement au moins pour un tiers.

Enfin, nous savons qu'il existe autour de l'orifice cardia une sorte de sphincter, dont l'action s'oppose, dans l'état ordinaire des choses, au reflux des alimens dans l'œsophage. Pour que le vomissement s'effectue, il faut donc que sa contraction soit vaincue, et elle ne peut l'être avantageusement que par l'antagonisme qui s'établit entre lui et les autres plans charnus du viscère. C'est très-probablement

ce qui arrive dans les contractions antipéristaltiques, qui s'établissent quand le vomissement s'effectue, et que M. *Magendie* désigne sous le nom de *mouvement du pylore*.

L'œsophage concourt aussi activement à la production du vomissement ; il agit par la contraction de ses fibres circulaires et longitudinales. Les premières le rétrécissent successivement de bas en haut, tandis que les dernières en opèrent le raccourcissement.

Si le pharynx ne se contractait pas, les alimens, une fois là, s'y arrêteraient infailliblement ; mais il se resserre de bas en haut, en même temps que ses muscles élevateurs le portent en ce sens, de manière à verser dans la cavité orale les matières qui doivent être expulsées.

La glotte s'obture pour deux usages, d'abord pour prévenir l'introduction des parcelles d'alimens dans le larynx ; en second lieu, pour s'opposer à l'issue de l'air qui distend les poumons.

Relativement à l'action du diaphragme dans le vomissement, M. *Bourdon*, qui est jusqu'à présent celui qui en a le mieux expliqué le mécanisme, prétend qu'elle est entièrement passive, c'est-à-dire que, dans la supposition établie par cet auteur, pendant le vomissement les poumons, fortement distendus, ont refoulé le diaphragme en bas, qui offre ainsi un plan résistant à l'estomac, contre lequel celui-ci se trouverait pressé à son tour par les muscles de l'abdomen. Mais si le diaphragme joue un rôle dans le vomissement, comme cela est, à n'en pas douter, c'est, je crois, d'une manière tout à fait active ; et voici comment : dans l'inspiration qui précède les efforts du vomissement, le muscle diaphragme se contracte ; or, en se contractant, il agit sur les dernières côtes, qu'il rapproche, et de là le rétrécissement assez considérable de la base de la poitrine. Il résulte de cette sorte de constriction, qui est véritablement active, que l'estomac se trouve plus ou moins fortement pressé entre le foie à droite, et la rate à gauche.

Quant à la part que prennent les muscles de l'abdomen dans la production du phénomène morbide dont je m'occupe, il est évident qu'elle a été généralement exagérée.

Pour que les muscles de l'abdomen puissent coopérer à la produc-

tion du vomissement, il faut qu'ils soient plus ou moins contractés ; or, c'est ce qui n'a pas lieu dans l'étranglement intestinal, et, malgré cela, le vomissement se produit. J'ai été témoin maintes fois, en pratiquant la phlébotomie sur des hommes robustes, mais craintifs, de vomissemens qui ne reconnaissaient pas pour cause les contractions des muscles abdominaux ; car, pendant la faiblesse momentanée dans laquelle ils tombaient, tous les muscles de la vie extérieure étaient dans le relâchement le plus complet. D'un autre côté, dans le cancer de la totalité de l'estomac, comme nous l'avons déjà dit, le vomissement ne s'effectue pas, quelle que que soit la force de leurs contractions. De plus, dans la colique dite *saturnine*, les muscles sont violemment contractés, sans qu'il y ait, du moins dans le plus grand nombre des cas, le moindre vomissement. Ce que les faits pathologiques démontrent, comme l'avait déjà fait remarquer M. *Portal*, est confirmé par des expériences directes.

J'enlevai à un chien de moyenne taille, en forme de demi-ceinture, le tiers supérieur de la paroi antérieure de l'abdomen, de telle sorte que la masse musculaire restante ne pouvait agir nullement sur l'estomac ; un bandage de corps fixé avec soin par quelques points de suture, s'opposait au déplacement des viscères ; trois grains de tartre stibié, étendus dans un demi-verre d'eau, furent injectés dans le système veineux de cet animal, auquel on avait eu le soin de faire prendre quelques alimens, et peu de temps après des nausées survinrent, et le vomissement ne tarda pas à s'effectuer. Ce fait, déjà constaté par M. *Maingault*, et même par M. *Magendie*, démontre que si les muscles de l'abdomen coopèrent à produire le vomissement, c'est du moins d'une manière bien secondaire. Il est du reste tout à fait inutile pour la science de mettre le vomissement sous la dépendance de puissances aussi éloignées, et d'établir ainsi une sorte de contre-sens physiologique.

D'après ce qui vient d'être dit, nous sommes portés à conclure que le vomissement, loin d'être un acte simple comme on l'a tour à tour avancé, est une opération fort complexe, puisque, dans les cas

les plus ordinaires, il y au moins action de l'estomac, de l'œsophage et du pharynx, des muscles de la glotte et du diaphragme.

---

# TROISIÈME PARTIE.

## *Propositions sur le diagnostic de la gastrite aiguë.*

I.

Le diagnostic est, sans contredit, la partie la plus délicate et en même temps la plus importante de l'art de guérir; de son étude approfondie les médecins déduisent les bases du prognostic et les principaux fondemens de la thérapeutique.

II.

Le point le plus difficile en médecine est d'abord de reconnaître quel est l'organe souffrant, l'espèce de maladie dont il est atteint, et surtout le degré d'intensité auquel elle est parvenue. Il est évident que si ces trois choses pouvaient toujours être bien appréciées, la médecine serait arrivée à un degré de certitude qu'elle est loin d'avoir encore atteint.

III.

Cependant, dans ces derniers temps, l'étude des principales sources du diagnostic des maladies de poitrine a été portée à un tel degré de perfection, que l'on peut jusqu'à un certain point juger du début de l'une d'elles, de sa véhémence, et la modification qu'elle imprime à l'organe. L'art doit beaucoup, sous ce rapport, aux travaux de *Laennec* et de *Bertin*.

IV.

Les principales sources du diagnostic se déduisent en général des désordres fonctionnels qui accompagnent ordinairement une maladie. Or, pour bien juger les lésions de fonctions, il faut être bien pénétré de ce qu'elles sont dans leur état normal, de ce que sont alors les organes chargés de les accomplir, afin de bien apprécier les altérations qu'ils présentent dans l'état morbide. Sous ce point de vue, l'anatomie normale doit être aussi-bien connue du médecin que l'anatomie pathologique.

V.

M. le professeur *Broussais* a tracé avec un rare talent la symptomathologie des gastrites aiguës ou chroniques; mais il n'a pas encore suffisamment isolé ces phlegmasies des affections qui peuvent les simuler.

VI.

A l'exemple de M. *Broussais*, on peut partager en trois séries les phénomènes qui accompagnent ordinairement le développement de la gastrite aiguë.

La première renferme les sensations insolites; la deuxième les désordres fonctionnels, et la troisième l'ensemble des phénomènes sympathiques.

VII.

La gastrite peut débuter de cinq manières différentes :

1°. Par un simple frisson suivi de symptômes consécutifs propres à l'inflammation locale; 2°. par les phénomènes de l'embarras gastrique; 3°. sous la forme d'une simple indigestion, et elle est souvent alors fort légère : cependant le contraire peut avoir lieu; 4°. le début a lieu sans aucun des symptômes précités, mais avec un plus ou moins

grand nombre de phénomènes sympathiques ; 5°. quelquefois enfin la gastrite débute d'une manière soudaine, comme cela se voit après l'ingestion de certains alimens, dans les empoisonnemens, etc.

VIII.

Dans l'état de santé parfaite, l'estomac ne donne au *sensorium commune* que de faibles marques de sa présence : c'est ordinairement le contraire dans l'état de maladie, surtout dans une gastrite aiguë.

IX.

La douleur, quand elle existe, est un des phénomènes les plus saillans de la phlegmasie aiguë de l'estomac.

X.

Cette douleur varie sous le rapport de son siége, de son intensité et de sa forme ; son siége le plus commun est l'épigastre ; quelquefois elle ne se fait sentir que sous les fausses côtes, vers l'un des hypochondres ; d'autres fois, ce qui est plus rare, aux deux en même temps : on la voit encore se montrer sous le sternum, à la partie postérieure du dos, entre les épaules ; elle marche dans quelques cas de l'extrémité splénique de l'estomac, le long de l'œsophage, jusqu'au pharynx ; légère, et comparée par les malades à un poids, à un sentiment de plénitude, à une barre, avec sensation de chaleur dans l'épigastre ; au contraire, elle peut être très-vive, avec sentiment de déchirement, et suivie alors des symptômes nerveux les plus variés ; continue, avec ou sans exacerbation, la douleur épigastrique peut encore être intermittente d'une manière régulière ou irrégulière.

XI.

La pression, l'ingestion de substances alimentaires, les efforts de vo-

missement, l'accumulation des gaz, si ordinaire dans les gastrites, sont autant de causes qui exaspèrent cette douleur, et la rendent souvent insupportable.

XII.

Envisagée seulement sous le rapport de la douleur, la gastrite aiguë présente trois variétés : 1°. *gastrite indolente ;* 2°. *gastrite avec douleur légère ;* 3°. enfin, *gastrite avec douleur très-violente.*

XIII.

Il existe quelques gastrites dans lesquelles l'appétit semble être augmenté ; mais dans le plus grand nombre des cas il est dépravé et diminué ; dans l'un et l'autre cas, j'ai toujours observé que l'introduction des alimens dans l'estomac était suivie de phénomènes morbides locaux ou généraux.

XIV.

La soif, surtout pour les boissons acidules, peut aussi être augmentée, et de telle manière qu'elle ne puisse être satisfaite. M. *Broussais* prétend que ce phénomène n'est que sympathique de la gastrite, et qu'il est fourni par l'intestin grêle. L'exactitude de cette idée ne me paraît pas parfaitement démontrée.

XV.

Les nausées et les vomissemens accompagnent la grande majorité des gastrites ; le vomissement est excessif ou modéré ; souvent la sensibilité de l'estomac est exaltée à un tel point, qu'il ne peut supporter les boissons les plus douces : quand ce phénomène n'est pas nerveux, il annonce l'existence d'une gastrite extrêmement intense.

XVI.

Les matières expulsées sont tout simplement des alimens ou des

mucosités ; d'autres fois ce sont des liquides formés dans l'économie, tels que du sang ou de la bile.

XVII.

Les phénomènes sympathiques résultant d'une altération de fonctions dans d'autres parties du tube digestif sont, la constipation plus ou moins intense pour sa portion sous-diaphragmatique, et les modifications des parties constituant la cavité orale, pour sa portion sus-diaphragmatique.

XVIII.

La langue annonce, dans la plupart des cas, l'inflammation aiguë de l'estomac ; il est rare qu'elle ne change pas alors de physionomie.

XIX.

Les altérations de cet organe se présentent sous trois aspects différens : 1°. il y a altération de sa face supérieure, en même temps qu'elle est pointillée sur ses bords ; elle est aussi le plus ordinairement lancéolée; 2°. il y a rougeur uniforme, mais son humidité est encore conservée; 3°. en même temps que la langue est rouge, elle se sèche : cette circonstance annonce ordinairement une gastrite violente.

XX.

Ces différens états de la langue ne correspondent pas toujours aux différens degrés de la gastrite ; on voit même la langue noire, et des fuliginosités exister avec une gastrite assez légère.

XXI.

Les lèvres, la muqueuse buccale et les glandes salivaires sympathisent aussi avec l'estomac, et présentent des états différens selon

l'intensité de la gastrite; la sécheresse de la pituitaire, de la conjonctive, du gland, du méat urinaire, de l'anus, lorsqu'on n'observe pas les symptômes d'une autre inflammation que celle des voies digestives, confirment l'existence de la gastrite.

## XXII.

Les phénomènes sympathiques offerts par l'appareil circulatoire sont importans à connaître : c'est l'ensemble des troubles de la circulation joints à l'un des symptômes prédominans de la gastrite, que l'on désignait autrefois sous le nom de *fièvre essentielle;* les mouvemens du cœur sont ordinairement accélérés; quelquefois cependant ils sont ralentis, rarement irréguliers. Le plus souvent le pouls éprouve les modifications suivantes : il est quelquefois plein, dur, au début, comme dans la pulmonie la mieux caractérisée; à mesure que la phlegmasie acquiert plus d'intensité, il faiblit, devient serré, petit, irrégulier, convulsif, intermittent, et s'efface peu à peu; mais, chez les uns, tous ces phénomènes peuvent dépendre de la plus légère irritation de l'estomac, tandis que chez d'autres, la désorganisation de ce viscère accélère à peine le pouls.

## XXIII.

Le système capillaire offre aussi des phénomènes fort remarquables dans la gastrite : tantôt hypérimié sympathiquement; d'autres fois, au contraire, un véritable retrait du sang semble avoir lieu dans la partie périphérique de ce système, d'où la coloration de la face ou de la peau entière.

## XXIV.

La température de la peau est élevée, principalement à l'épigastre, au front et aux joues; plus tard, la peau perd sa chaleur, mais sans cesser d'être sèche.

## XXV.

Lorsque la gastrite agit sympathiquement sur le poumon, et que celui-ci est sain, elle donne lieu à une toux particulière, désignée par les pathologistes sous le nom de *toux gastrique*, accompagnée, dans quelques cas, de douleur générale de la poitrine, avec une difficulté de respirer extrêmement remarquable.

## XXVI.

Les sécrétions le plus ordinairement modifiées sont : la transpiration cutanée, qui est quelquefois entièrement supprimée, et alors la peau est sèche, aride, et âcre au toucher ; souvent aussi cette sécrétion est considérablement augmentée, surtout vers la fin de la gastrite ; la sécrétion salivaire est quelquefois aussi plus abondante, et la bile arrive en plus grande quantité dans le duodénum ; il n'est pas rare non plus d'observer dans les gastrites que l'urine n'est pas sécrétée, ou bien qu'elle n'est pas excrétée : mais cela s'observe également dans beaucoup d'autres maladies.

## XXVII.

Les sympathies du système nerveux sont : des aberrations du jugement, d'abord passagères, et précédées de vives douleurs susorbitaires ; puis continuelles, avec délire bien marqué, apparaissant le soir, surtout lorsqu'il n'est pas continu. Le plus souvent, la sensibilité générale est tellement exaltée, que des endolorissemens, éloignés du siége du mal, se manifestent dès le début, ou plusieurs jours avant que les symptômes locaux n'apparaissent. Dans quelques cas de gastrite aiguë, la sensibilité spéciale de certains organes est singulièrement modifiée : c'est ainsi que l'oreille perd la faculté d'entendre ; la langue, celle d'apprécier les saveurs ; les conjonctives s'injectent, le brillant des yeux se manifeste, et la lumière un peu vive devient pour eux un excitant insolite, etc.

XXVIII.

La motilité est toujours diminuée au début de la gastrite; il y a tendance à l'immobilité, même impossibilité de mouvoir les membres; plus tard, cette faculté peut être augmentée, et alors des mouvemens irréguliers des muscles de la face, de la langue, de la mâchoire, etc., s'exercent sans l'intervention de la volonté.

XXIX.

Tous les phénomènes que nous venons d'assigner à la gastrite aiguë sont loin de se rencontrer dans tous les cas; car, de même qu'il existe des péritonites sans douleur, des hydrothorax sans dyspnée, des arachnitis sans délire, il existe aussi des gastrites sans douleur, sans vomissement et sans altération de la langue; mais les médecins reconnaissent aujourd'hui la nécessité d'étudier une maladie sous toutes ses formes, afin de déduire d'un plus ou moins grand nombre de phénomènes non constans, au moins des probabilités de son existence.

XXX.

Les maladies qu'il est possible de confondre avec la gastrite sont, 1°. une péritonite, une hépatite, et, dans quelques cas même, une pleurite; 2°. certaines gastralgies; 3°. des calculs biliaires engagés dans le conduit cholédoque; 4°. le rhumatisme musculaire des muscles droits; 5°. enfin la procidence de l'appendice xyphoïde en arrière.

XXXI.

Dans le plus grand nombre des cas, les caractères de la péritonite sont assez évidens pour la distinguer de la gastrite; mais si l'épiploon gastro-colique, ou toute autre partie de la portion supérieure du péritoine était enflammés, il serait difficile d'établir, je crois, le diagnostic d'une manière certaine.

## XXXII.

L'hépatite bornée au lobe gauche du foie pourrait aussi en imposer quelquefois pour une inflammation de l'estomac; mais la douleur gravative qui siége dans l'hypochondre droit, se propageant jusqu'à l'épaule et au cou, et l'ictère qui survient, ne peuvent laisser d'incertitude.

## XXXIII.

Dans le cas de pleurite gastrique, ou pleurite bilieuse des anciens auteurs, il y a ici deux maladies coïncidentes et l'une dépendante de l'autre; ce qu'il y a de plus important, c'est de distinguer l'affection primitive de celle qui n'est que secondaire ou sympathique.

## XXXIV.

Certaines gastralgies ou gastrodynies simulent quelquefois l'existence de la gastrite. Je ne doute pas qu'un très-grand nombre de ces dernières, où les antiphlogistiques simples échouent, ne soient quelqu'une de ces lésions purement nerveuses, auxquelles on ne porte pas assez d'attention dans la pratique. J'entends parler ici de ces névroses indépendantes de toute affection locale, et non de celles entées sur une gastrite chronique, qui sont certainement plus fréquentes qu'on n'a bien voulu le supposer.

## XXXV.

Voici quelques caractères qui peuvent servir à distinguer avec assez de facilité une névrose d'une véritable inflammation de l'estomac :

1°. La première apparaît subitement, pour disparaître aussi d'une manière instantanée;

2°. L'ingestion des alimens, loin de l'augmenter, la fait disparaître;

3°. La mobilité est un de ses caractères; ainsi, dans un instant souvent fort court, on la voit abandonner l'estomac, pour se porter sur l'utérus, de là sur le cœur, etc.;

4°. La langue conserve son aspect naturel ;

5°. Le cœur, loin de rester calme, comme on l'a avancé, est au contraire fortement influencé ; il bat plus rapidement et avec irrégularité. La fièvre est alors simplement nerveuse ;

6°. Enfin, on ne peut garder long-temps une gastrite sans que la santé en soit profondément altérée, et les gastralgies durent quelquefois indéfiniment et sans altération manifeste.

Les nerfs profondément situés, tels que les plexus nerveux de la portion viscérale du trisplanchnique, les ganglions semi-lunaires eux-mêmes, ne peuvent-ils pas être le siége de douleurs qui simulent celles de l'estomac ?

XXXVI.

On pourrait encore confondre la gastrite avec des calculs biliaires arrêtés dans le canal cholédoque ; mais il y a des différences dans les matières des vomissemens et dans la douleur, considérée sous le rapport du siége et de l'intensité. Dans la gastrite, le malade reste couché et immobile, tant il redoute le plus léger mouvement ; il se couche sur le ventre, se tord de mille manières dans le cas de calcul biliaire. La première imprime à la face un air de souffrance, d'abattement, l'autre provoque des cris.

XXXVII.

Une variété de l'affection rhumatismale peut affecter l'épigastre lui-même, et donner naissance à la douleur épigastrique, que la pression augmente considérablement. Le même phénomène peut avoir lieu après des quintes de toux long-temps prolongées ; mais cette douleur est singulièrement accrue par la plus légère contraction des muscles abdominaux, ce qui n'a pas lieu dans la gastrite.

XXXVIII.

La gastrite peut être simulée parfaitement aux yeux d'un médecin peu attentif, par l'inflexion en arrière de l'extrémité inférieure du

sternum. Mais de ce seul fait que la douleur épigastrique ne se manifeste jamais qu'après l'ingestion d'une plus ou moins grande quantité d'alimens, et que le vomissement n'arrive non plus que dans cette circonstance, on peut en conclure, surtout quand il n'y a pas de phénomènes fébriles ni de rougeur à la langue, que ces symptômes ne sont rien moins que l'expression d'une gastrite.

## XXXIX.

Quant au squirrhe du pylore et aux perforations de l'estomac, je pense que ces affections étant presque constamment des conséquences de la gastrite, il importe plus de les prévenir que de reconnaître quand elles existent.

FIN.

# HIPPOCRATIS APHORISMI.

## I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

## II.

Quibus per circuitus exacerbantur nihil dato, neque cogito, sed de appositione detrahito ante judicationes. *Ibid.*, *aph.* 19.

## III.

Lassitudines sponte obortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

## IV.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

## V.

Morborum alii ad alios benè aut malè se habent; et ætates quædam ad tempora, et regiones, et victus. *Sect.* 3, *aph.* 3.